

**Національна академія медичних наук Укарїни
Міністерство охорони здоров'я Укарїни
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН Укарїни»
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Асоціація педіатрів Укарїни**

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПЕДІАТРІЇ

Матеріали VIII Конгреса педіатрів Укарїни
(9-11 жовтня 2012 року, Київ)

За редакцією Ю.Г. Антипкіна, В.Г. Майданника

CURRENT PROBLEMS OF PEDIATRICS

Abstracts of the VIII Congress of Pediatrics of Ukraine
(October, 9-11th, 2012, Kiev)

Edited by J.G. Antypkin, V.G. Maidannyk

Київ - 2012

СТАНДАРТ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ

Матвієнко І.М.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

Будь-який підхід до надання медичної допомоги населенню, особливо дитячому, повинен бути цілісним, а не бути зорієнтованим тільки на хворобу. В якості приклада такого цілісного підходу можна привести чітко організовану систему надання медичної допомоги дітям віком від народження до 5 років життя, якою є стратегія ВООЗ Інтегрованого ведення хвороб дитячого віку (ІВХДВ). Ця стратегія зорієнтована не тільки на лікування хворої дитини, а в повній мірі на профілактику розвитку або загострення захворювань, консультування батьків з питань догляду за дитиною з метою розвитку та її адекватного харчування, а також на своєчасне щеплення згідно діючого в державі календаря. Стратегія ІВХДВ дозволяє медичним працівникам (як лікарям, так і середньому медичному персоналу, а саме патронажним медичним сестрам та фельдшерам) первинної ланки надавати медичну допомогу дітям віком з народження до 5 років життя ефективно та безпечно.

Враховуючи досить складну ситуацію з медичними кадрами на первинному рівні надання допомоги, а саме дефіцит лікарів сімейної практики загальної медицини та середнього медичного персоналу, переважну кількість працюючого персоналу передпенсійного та пенсійного віку, а також зростання функції первинної ланки в наданні медичної допомоги населенню в умовах реформування системи охорони здоров'я, стає необхідним впровадження саме такої моделі медичної допомоги дітям.

Згідно діючої державної моделі медичну допомогу хворим дітям (оцінку клінічних ознак, призначення лікування, забезпечення наступного спостереження під час амбулаторного лікування) можуть надавати тільки лікарі, а враховуючи абсолютний дефіцит підготовлених лікарів сімейної медицини та працюючих педіатрів стає зрозумілим, що обмеження функцій середнього медичного персоналу та відсутність його залучення в лікувальний процес в повній мірі призводить до зниження якості надання медичної допомоги дітям на рівні амбулаторій та ФАПів.

Пілотне впровадження адаптованої до умов України стратегії ВООЗ продемонструвало її ефективність як для медичних працівників, так і для батьків. Так, за період пілотного впровадження в Ємельчінському районі Житомирської області відбулось зниження неонатальної смертності з 14,83 ‰ у 2010 р. до 2,27 ‰ у 2011 р., зниження малюкової смертності з 21,19 ‰ у 2010 р. до 2,27 ‰ у 2011 р., зниження смертності серед дітей перших 5 років життя з 24,42 ‰ у 2010 р. до 4,55 ‰ у 2011 р., зниження частоти госпіталізованих дітей віком 0-5 років з 157,9 ‰ у 2010 р. до 105,97 ‰ у 2011 р., зниження частоти звернень за медичною допомогою з 1325,14 ‰ у 2010 р. до 1131,65 ‰ у 2011 р.. Такі самі позитивні зміни відбулись і в Снятинському районі Івано-Франківської області: зниження неонатальної смертності з 6,5 ‰ у 2010 р. до 5,5 ‰ у 2011 р., зниження постнеонатальної смертності з 7,8 ‰ у 2010 р. до 2,2 ‰ у 2011 р., зниження малюкової смертності з 13,6 ‰ у 2010 р. до 8,1 ‰ у 2011 р., зниження смертності серед дітей перших 5 років життя з 3,2 ‰ у 2010 р. до 2,2 ‰ у 2011 р., зниження частоти госпіталізованих дітей віком 0-5 років з 211,9 ‰ у 2010 р. до 163,8 ‰ у 2011 р. та низького рівня частоти звернень за медичною допомогою з 849,74 ‰ у 2010 р. та 864,81 ‰ у 2011 р.

Всі ці зміни в показниках відбулись на тлі демедикалізації та підвищення рівня задоволеності батьків медичною допомогою, а активне залучення родини в спостереження за станом дитини та в процес її лікування шляхом навчання та консультування з боку медичних працівників виявилось досить дієвим інструментом.

ВІДМІННОСТІ СПІРОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗА РІЗНОГО ДЕБЮТУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Микалюк Л.В., Воротняк Т.М., Балицька Я.А.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вступ. Зважаючи на те, що характерною особливістю бронхіальної астми є гіперсприйнятливість дихальних шляхів, частіше для визначення цього феномену застосовуються різноманітні фармакологічні (з гістаміном, метахоліном) та нефармакологічні провокаційні методи (з фізичним навантаженням, гіпервентиляцією охолодженим повітрям). Виходячи із наведеного вище, дослідження спірографічних показників у дітей за різного початку бронхіальної астми є актуальним і перспективним для кращого розуміння патогенезу та вдосконалення індивідуалізованого лікування цієї хвороби.

Мета роботи. Визначити спірографічні показники у дітей, хворих на бронхіальну астму, за різного дебюту захворювання.

Матеріал і методи. Для досягнення мети роботи методом простої випадкової вибірки сформована когорта з 50 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму (БА), які проходили стаціонарне лікування в Обласній дитячій клінічній лікарні м.Чернівці. Першу групу сформували 25 дітей із початком БА до трьох років життя (середній вік $12,1 \pm 0,78$ років, 68,2% сільських мешканців), другу групу пацієнтів – 25 дітей з початком БА після шести років (середній вік $11,6 \pm 0,53$ років, 60,5% сільських мешканців). Визначали реакцію бронхів на дозоване фізичне навантаження (індекс бронхоспазму) з наступною інгаляцією сальбутамолу (індекс бронходилатації) для обчислення показника лабільності бронхів та неспецифічну гіперсприйнятливість бронхів за допомогою стандартизованої інгаляційної проби з гістаміном шляхом поступового підвищення кількості гістаміну до досягнення 20% зниження показника об'єму форсованого видиху на 1 сек. (PC20H).

Результати дослідження та їх обговорення. Відмічено, що індекс бронхоспазму за об'ємом форсованого видиху на 1 сек. дещо переважав у дітей із раннім дебютом БА порівняно з пацієнтами з пізнім початком захворювання – $18,2 \pm 4,24$ проти $15,7 \pm 2,29$ ($p > 0,05$). Індекс бронходилатації за об'ємом форсованого видиху на 1 сек. у дітей I групи становив $19,7 \pm 3,58$ проти $11,6 \pm 1,43$ у представників II клінічної групи ($p < 0,05$). Показник лабільності бронхів за об'ємом форсованого видиху на 1 сек. сягав у дітей з раннім початком бронхіальної астми $37,9 \pm 4,03$ та $27,4 \pm 2,67$ у пацієнтів із пізнім дебютом захворювання ($p < 0,05$). Слід зазначити, що показник неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів PC20H становив у дітей I клінічної групи $0,5 \pm 0,27$ мг/мл та $0,9 \pm 0,37$ мг/кл у представників II клінічної групи ($p > 0,05$).

Висновки. Таким чином, у дітей шкільного віку з раннім початком бронхіальної астми порівняно з пацієнтами з пізнім дебютом захворювання відмічаються вищі показники лабільності бронхів та більша їх чутливість до гістаміну.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні поєднання біохімічних та спірографічних маркерів як показників тяжкості перебігу бронхіальної астми у дітей шкільного віку.